

地域包括ケアシステム時代の終末期医療における 患者意思決定支援の在り方

津村 育子

Reconsideration of the notion of the medical decision support system for patients at the end of life within the Integrated Community Care System in Japan

TSUMURA Ikuko

Abstract

The purpose of this study is a reconsideration of the notion of the medical decision support system for patients at the end of life within the Integrated Community Care System (ICCS) in Japan. Aging of the population has proceeded rapidly in Japan. In 2013, the proportion of people aged 65 years or over had reached 25%, which is the highest rate in Asia. In order to overcome the issues associated with the aging society, each municipal government has encouraged Health Promotion the ICCS. Many researchers expect that this system could help ease aging issues. However, we should consider the incremental medical cost of treating elderly people due to increased life expectancy. This study focused on end-of-life (EOL) decision-making practices. Unnecessary care for elderly people in hospitals due to the ultra-aging society requires considerable medical expenditure. In the aging era, we have to try to control these costs in order to safeguard the social security system. The Japanese government has already released guidelines on “The notion of medical care for the End-of-Life”. In addition, they have recommended the naming of a representative to enable and implement Advance Care Planning (ACP) for EOL with medical professionals, caregivers and family. This study was based on a review of public opinion surveys and a survey of medical professionals. The medical professionals came from four organizations familiar with ACP were chosen for interviews using semi-structured face-to-face interview techniques. All interviews were recorded and thematically analysed.

In conclusion, the analysis suggests that awareness of ACP was very low and expects people don't have any decision making provision for EOL until they or their relatives experience health issues. However, some good practices to improve awareness of EOL were identified. This survey shows that education for people is the best way to enhance their understanding of EOL.



目次

1. はじめに
2. 日本における高齢化と医療費の現状
3. 日本における終末期の施策とその認知度
4. 国民が希望する終末期の迎え方
5. 先進事例
6. まとめ

1. はじめに

本研究は、日本における地域包括ケアシステム時代の終末期医療における患者意思決定支援の在り方を考察した。超高齢社会における課題解決につながる施策は、各地区の自治体が健康維持増進事業を中心として運営しており、この活動により、健康寿命の延伸とともに医療費の節減につながるものと多くの研究者は予測しているが、持続可能な社会保障を実現するためには「健康寿命の延伸による医療費の増大」についても検討する必要があると考えた。過去の筆者らの調査の中で、健康寿命の延伸により、単年度で見た時の医療費は抑制されることを証明している自治体も存在したが、同時に健康寿命の延伸により高齢者が増加し、疾病に罹患する確率も増加が予想され、国民全体で考えると人生の最期にかかる医療費は増加の一途をたどることが予想される。日本政府は、この問題を鑑み、2007年に人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを策定している。この中で、終末期医療における意思決定は本人の意思または本人の意思を推定できる者の推定意思が尊重されたと定めている。また、ガイドラインには、居宅で穏やかに最期を迎えるか、最後に医療費をかけて治療を行うかは主として個人の意思に基づくことが方針として定められている。したがって、終末期医療における個人の意思決定支援の現状を調査することは、日本における持続可能な社会保障制度を実現するための重要課題であると考え、課題の解決方法を探るために、終末期医療の意思決定が行われる「急性期病院（救急医療

対応）」、「療養型病院」、「在宅診療を行うクリニック」及び地域での「かかりつけ医」の役割を果たす「診療所」における現状の調査を行った。

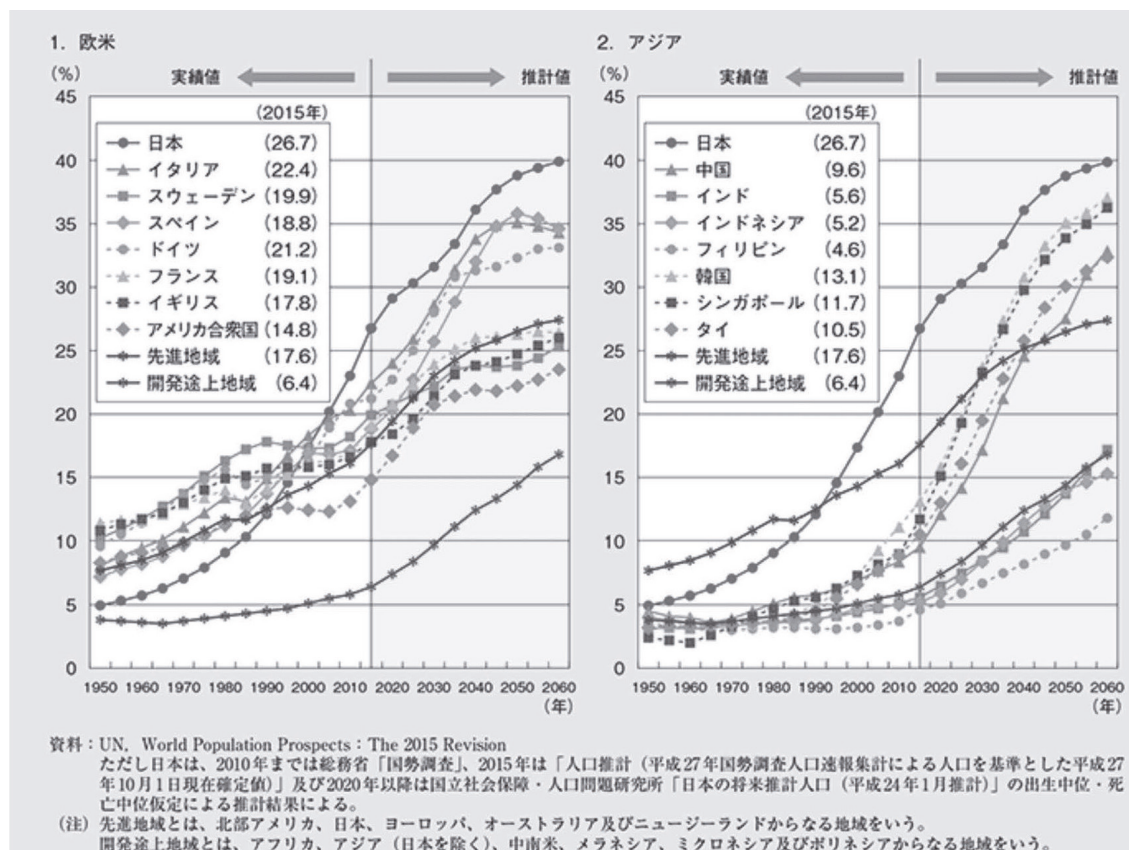
1-1. 研究の背景

日本の高齢化は世界に例のない速度で加速している。UN（国際連合）と内閣府の調査（図 1-1）を見ても明らかであるが、先進諸国の中でも日本の高齢化は2005年より最も高くなっており、そのスピードの速さも伺える。アジアにおける高齢化率は、現時点で日本が一番高いが、韓国、シンガポール、タイ、中国も日本と同じように高齢化が進行している。

日本では、2018年に高齢者保健福祉計画（老人福祉法第20条の8）や介護保険事業計画（介護保険法第117条）の第7期が始まった。この中で、第5期で始まった地域包括ケアシステムの構築が引き続き課題として各自治体において検討され計画が実施されている。中でも在宅医療介護連携の取り組みの推進は大きな課題の一つであり、各自治体で協議されている。東京都では、2017年11月「超高齢社会における東京のあり方懇談会¹⁾」が設置され、第1回が11月8日に実施された。その中で、2017年、東京都は65歳以上の高齢者が約300万人で23%であり、今後人口は増え続けるが、2025年から人口が減少に転じる。この状況に対してのモデルケースを東京都が示すことは、世界的にも大きな意味を持つと述べている。当懇談会は、超高齢社会における先進的な都市像を国内外に発信することを目標としており、誰もが安心して暮らすことができ、希望と活力が持てる都市を実現するための政策提言を2019年夏に行うことを予定している。東京都は、2030年に4人に1人は高齢者になると予想し、この課題解消にむけて意欲的に取り組んでいる。このように、各自治体において、各地区の状況にあわせた地域包括ケアシステム構築が進められている。

このような動きの中、2015年7月、経済団体・保険者・自治体・医療関係団体などの民間組織が連携して「日本健康会議」を発足した。これにより健康施策

図 1-1 世界の高齢化率の推移



内閣府ホームページより

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/sl_1_5.html (2018年8月3日筆者確認)

への取り組みが日本全体で推進されていることが伺える。「日本健康会議」は、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織された活動体である。同会議は8つの活動指針「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を出しており、その中に「予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。」としており、2017年8月に行われた「日本健康会議 2017」の中で、2016年115市町村の取り組みが2017年には328市町村になり、達成度が大きく向上したと公表している。また、保険者と連携して健康経営に取り組む企業は2016年138社から2017年には235社と増加している。このように健康・予防への取り組みが

推進され、国民の関心が高まり、いつまでも元気で働き続けられる社会の実現の必要性は高まってきている。また、保険者機能の強化においても「データヘルス横展開」による「医療の質と持続可能性の向上」をあげており、一体的に改革を推進することで、「健康長寿」および「医療費の適正化」を実現することを目的にしている。

各自治体の地域包括ケアシステムの計画についても、健康寿命の延伸に向けて多様な施策を推進している。予防と健康に関する取り組みとともに医療費の削減を計画している自治体も存在する。一例として神奈川県では「未病」をテーマに健康増進施策に取り組んでいる。神奈川県は、糖尿病性腎症の重症化予防など生活習慣病の対策をすることが医療費の削減に大きく寄与するものと期待しており、東京新聞の黒岩知事イ

ンタビュー記事²によると「神奈川県はストレスや悪い生活習慣など、数値化が難しい「病気前の段階」をデータにする技術開発を民間と連携して進めている。客観的に数値で示せば分析や比較、改善がしやすくなり、生活満足度の向上や医療費削減につながると期待されている。」とあり、医療費削減に向けても取り組んでいることが伺える。

健康に対し、インセンティブを付加している自治体もある。2014年12月から2017年3月まで総務省・厚生労働省・文部科学省が支援を行い、筑波大学とみずほ情報総研、つくばウエルネスリサーチ、凸版印刷はスマートウエルネスシティ総合特区の大規模実証実験「複数自治体連携型大規模ポイントプロジェクト」を実施している。これは、全国6市（福島県伊達市、栃木県大田原市、千葉県浦安市、新潟県見附市、大阪府高石市、岡山県岡山市）が参加した「健幸ポイント」制度のプロジェクトである。このプロジェクトでは、対象者の約75%が健康への無関心層であり、この無関心層に働きかけることにより医療費抑制につながることが試算できたとし、浦安市では、スポーツによる地域活性化推進事業報告書に「健幸ポイント事業参加による医療費抑制効果があることが確認された」と記載している。

このように超高齢社会においては、健康施策とともに経済負担に関する取り組みも、同時に推進している事例もあり、健康施策が医療費削減に貢献したという報告もされている。日本は団塊の世代が後期高齢者に入る2025年に多死社会を迎えると予想されているが、各自治体における健康施策が進めばさらに後期高齢者が人口に占める割合が増えることが予測される。2018年4月現在の社会保障制度において後期高齢者の医療費負担は、収入により差はあるが、医療機関において一般的には後期高齢者（75歳以上）である被保険者の窓口支払い費用は1割負担であり、さらに高額療養費の負担は1月最大12,000円以内であり、労働生産人口（15歳以上65歳未満）世代に比較すると極めて少ない負担である。つまり、今後は健康寿命の延伸とともに、後期高齢者が推計より増加することが見込ま

れ、後期高齢者の医療費が増加し、社会保障全体に影響を及ぼすものと考えられ、必ずしも「健康寿命延伸の取り組みで医療費が削減できる」構造にないことが予想される。特に、終末期に係る医療費は今後ますます問題が顕著化すると懸念されている。本稿では、各自治体で計画している「健康寿命の延伸」が「医療費の削減」に必ずしも直結するものではないと仮定し、この課題に終末期の意思決定が関与するものと考え、終末期医療についての日本の取り組みと、国民の意識について言及する。

2. 日本における高齢化と医療費の現状

日本の2017年度歳出予算は97.5兆円であったが、そのうち社会保障費は32.5兆円（33.3%）と最も占める割合が高い。財務省によると国の一般会計歳出は①社会保障、②国債費、③地方交付税交付金などの3経費が7割を占めている。2017年度一般会計税収は57.7兆円であり、歳出予算との差は毎年公債で補填されている。1990年度と2017年の予算を比較すると、社会保障関係費が大きく伸びており、持続可能な社会保障制度の構築は喫緊の課題であり、この対策は日本社会の潮流になっており、厚生労働省を中心に議論されている。その対策の一つが「地域包括ケアシステム」の構築である。地域包括ケアシステムは患者の治療の場を病院・施設から地域を主体とし、医療費削減においても大きな役割を果たすものと期待されている。しかし、社会保障は、年金、医療、介護、子ども、子育てなどの分野に分けられており、医療だけではない。また2016年度の給付費を見ると社会保障費の総額118.3兆円のうち最も高いのは年金の56.7兆円であり、医療は37.9兆円、介護・福祉・その他が23.7兆円と続く。つぎに将来の社会保障費を見てみると、2012年総額109.5兆円であったものが2025年には総額148.9兆円と社会保障費に係る費用は1.36倍になることが予想されている。この間のGDPの伸びは2012年度479.6兆円から2025年度610.6兆円と1.27倍の伸びが予測されており、これは、社会保障費の伸びよ

り低い。区分別にみると、介護は2.34倍、医療は1.54倍、年金は1.12倍と予測されている。

次に、医療技術の発展により、「救われる命」が増え、介護を必要とする高齢者が増えると予測される。そのため、介護についても議論が必要だと考える。特に高齢者は、介護が必要な状態で、地域・家庭に戻る可能性が高まると予測される。このような中、ICTを活用したオンライン診療や在宅医療の推進も行われている。

厚生労働省の統計によると後期高齢者の死亡年齢による死因は次の通りである。

表1 死亡年齢による死因

年 齢	第1位	第2位
75歳～89歳	悪性新生物	心疾患
90歳～94歳	心疾患	悪性新生物
95歳以上	老衰	心疾患

2017年度人口動態統計（厚生労働省）より
筆者作成（2018年1月21日）

現在75歳以上の死因の第1位は年齢が進むとともに悪性新生物から心疾患、老衰へと変化している。医療技術が進み、高額薬剤や高額医療機器の利用、さらには再生医療の技術の進歩にともない悪性新生物による死因は減少するものと考えられている。老衰について厚生労働省はその定義を「死因としての「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、医学的因果関係に従って記入する」とあり、例えば、心疾患で手術を施し、介護状態で退院し、数年後に死亡した場合は老衰にはならない可能性が高い。症状や状態により費用は異なるが、千葉県は心臓手術にかかる費用⁴を「総医療費としては400万円（人工弁置換1カ所、冠動脈バイパス術などの場合）程度かかります。」とホームページ上で答えている。つまり、医療技術の進歩により、健康寿命が延伸すると死亡前の数年で入院治療費及び介護費用が増加する可能性が見込まれる。特に、表1の通り、後期高齢者の心疾患による死因は年齢が上がる

ほど多くなり、健康寿命の延伸を推進すると最後に心疾患で死亡するケースが増えることが予測される。心疾患については入院・手術を伴うケースが発生することも予測され、医療費の負担が増えることが想定される。

2016年10月に発表された日本心不全学会ガイドライン委員会「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」によると慢性心不全は主として高齢者の疾患であり、1999年に発表されたロッテルダム研究においては、55歳で健康である人の3人に1人がその余生で心不全に罹患すると報告されている。さらに慢性心不全を高齢者の一般的な病気としており、基本的には根治不能な難治性疾患であると記載しており、科学技術の進歩による治療の進歩は「終末像の先送りに過ぎないことにも思い当たる。また、高齢者においては、その先送りについての意味が見いだせない場合が少なくない。」と書かれている。また、同学会は、高齢化の進展による大動脈弁狭窄症の顕著な増加も予測している。さらに同学会は、高齢者の心不全の予後は予測しにくく、循環器領域でも集中治療を行わないオプションを提示し緩和医療を推進すべきだとの見解を述べている⁵。

日本では、健康寿命を延伸し、介護期間なく、入院もせず、突然亡くなりたいという希望を持つ高齢者も少なくはない。想定されるのが独居老人の心肺機能停止による孤独死である。しかし、地域包括ケアシステムの推進により独居老人の孤独死は少なくなるものと思われる。独居に対する問題は世界的に取り組まれており、イギリスでは、2018年1月孤独相が誕生したが、日本でも多くの研究者がこの問題に取り組んでいる。2018年1月に、一般社団法人日本老年学的評価研究機構⁶が設立され、健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究プロジェクトを行っている。この中でも孤独に対する研究は行われている。これからの社会は、たとえ独居であってもICTの管理下に置かれ、社会的なつながりは人生の最後まで存在するものと考えられる。例えば、家電と医療機関や遠方の親戚等を結ぶシステムがこれにあ

た。また、心疾患手術については地域格差が指摘されており、この問題の解消に比例して手術件数も増える可能性はある。さらに、手術後は、健康な状態ではなく、介護状態となる可能性が高いと示唆⁷されている。

後期高齢者の死因の第1・2位を占める心疾患については、後期高齢者の心臓外科手術（日老医誌2011；48：89-98）などをはじめとする高齢者への治療とその成績を取り上げた医療の質に関する論文も見られ、日本心不全学会ガイドライン委員会が高齢心不全患者の治療に関するステートメントを作成し、この中で、高齢者の終末期の医療に関する倫理的・社会的な問題にも踏み込んでおり、日本経済に与える影響も示唆している。この問題について医療費との相関は論じられていないが、今後、持続可能な社会保障制度の構築を目的とした医療保険制度や医療費について考える上で、予防・健康教育による健康寿命の延伸と科学技術の進歩による医療の質の向上が多死社会で医療費に及ぼす影響を計り、今後の施策を検討すべきである。

近年、医療においても情報化が進んでおり、人工知能の活用について議論されている。国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構が主催する人工知能技術戦略会議のとりまとめである人工知能技術戦略⁸（2017年3月31日）の中で、重点分野の一つに「健康、医療・介護」を挙げているが、この中でも「目指すべき社会像」として「予防医療の高度化により、病気にならないヘルスケアを実現する健康長寿産業大国を構築する。2030年には我が国人口の40%以上が高齢者となる中で、80歳でも就業を希望する高齢者が元気に働いている社会を実現する。これにより、個人としての満足度を上げるだけでなく、社会保障費の軽減を図ると同時に労働人口の減少という課題への対応の方策ともなる。」と記述している。同会議は、2016年4月18日にAI技術の研究開発と成果の社会実装の加速に当たるため、総務省、文部科学省、経済

産業省の3省が連携するためのものである。ここでも、健康寿命の延伸に努めることで、社会保障費の軽減を図ろうとしている。

3. 日本における終末期の施策とその認知度

前章で、高齢化に伴う医療の現状について述べた。これに対し、日本政府は、「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」を検討し、2007年に人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを策定している。これは、前章で話題にした人生の最終段階における治療の在り方に関する問題を鑑み厚生労働省が作成したものである。この作成にあたっては、1987年以来4回の検討会を開催し、検討をした結果、人生の最終段階における医療に関する国民の意識の変化や環境について一律の定めが必要かどうか議論を行った。2018年3月の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン開設編」は、この議論の中で方向性を示す必要があると考え、ガイドライン策定にあたったものである。その目的は、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるためであり、体制の整備を積極的に促すこととあると記載されている。2015年3月「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へと名称変更が行われた。また、多死社会に備え、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念が盛り込まれた。本ガイドラインでは、人生の最終段階における医療・介護に従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族を支える役割を果たすと位置づけられ、本人や家族等の意思決定を尊重し、本人が最期まで自分らしく生き、よりよい最期を迎えるための医療・ケアを人生の最終段階において進めていくことの重要性を確認した。この改定では、医療・介護提供者と本人及び家族等とのコミュニケーションを重視し、本人による意思決定を基本としている。また、人生の最終

段階における医療・ケアの方針の決定手続きにおいては、本人の意思の確認ができる場合とできない場合について分けて記載し、意思確認のプロセスにあたっては、その都度、文章にまとめておくことを推奨している。本人の意思決定を基本としながら、医療・ケアチームと十分な話し合いを踏まえてチームの方針決定を行うシステムになっている。ここでの、医療・ケアチームとは医師、看護師、ソーシャルワーカー、介護支援専門職員などを指している。この中で、本人の意思が確認できない場合は、本人の意思を推定できる者の推定意思を尊重すると記載がされている。本人の意思が推定できない場合は、家族等と十分に話し合うこととし、さらに家族等がいない場合や家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとって最善の方針をとることを基本とするとあり、元気なときから家族等とコミュニケーションをとり、信頼のおける医療提供者とのつながりを持つことが重要であると示唆されている。

ACPの概念の普及が進めば、人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定について考える機会も増え、過剰医療の抑制につながることも期待されるが、厚生労働省が行った平成29年度一般国民票⁹では、ACPの概念について賛成であるとするものが一般国民で64.9%である中、知らないと答えた一般国民は75.5%であり認知度は低いと考えられる。医師であっても41.9%が知らないと答え、聞いたことがあるがよく知らないと合わせると76.2%であった。また、人生の最終段階における関心は高いが、話し合ったことがないものが一般国民の場合、55.1%であった。また、話し合っている（詳しく・一応）と答えた者の話し相手は家族が94.3%であった。きっかけは、家族等の病気や死と答えたものが61.2%、ついで自分の病気が52.8%。また、話し合ったことがないと答えた者の56.0%は話し合うきっかけがなかったからと答えている。しかし、人生の最終段階における医療について受けたい情報源は医療機関・介護施設と答えているものが67.6%であった。つまり、家族あるいは自分が病気になって初めて、人生の最期について考えるようにな

りその相談相手は家族であるが医療機関・介護施設から情報は得たいという現状が読み取れる。現状は、人生の最期における医療の十分な情報が得られていないのではないかということが推測される。

4. 国民が希望する終末期の迎え方

「高齢者の希望する終末期の迎え方」（木内ら）¹⁰は、国民が希望する終末期の迎え方について論じている。老人クラブの高齢者に対し調査を行い333名から回答を得たうち、「どのような終末期を迎えたいと考えていますか。ご自由にお答えください」の設問に対し、有効な回答が得られた284名を対象とした分析を行っている。健康状態は、「良い」と「普通」合わせて89.1%と良好なものが大半を占めた。高齢者の終末期の希望は6つのカテゴリーに分けており、①死に方の希望、②死ぬときの身体的、精神的状態の希望、③死ぬときの環境・状況の希望、④死ぬまでの身体的状況の希望、⑤死ぬまでの生活・生き方の希望、⑥死後の希望であり、最も多かったのが死ぬ時に関する希望41.1%であった。次に死ぬまでにに関する希望が23.7%であった。死ぬ時に関する希望は、死に方の希望が23.9%、死ぬときの身体的・精神的状態の希望が20.2%、死ぬときの環境・状況の希望が16.3%であった。死に方に関して主な記述は「①コロリと、ぼっくりと」、「②自然に」、「③安楽死」、「④延命拒否」、「⑤大往生」、「⑥急死」、「⑦突然死」、「⑧寝ている間」合わせて全284名のうち22.1%が終末期医療に対する希望を述べている。木内らの研究の中でも、高齢者の意思尊厳の必要性が論じられており、高齢者の希望する終末期のための今後の課題については、「高齢者は家族等に迷惑をかけずに死ぬまで元気でいたいと希望している」と述べられており、「高齢者が健康で生きがいをもって社会参加できる、いわゆるサクセスフルエイジングが重要である」と述べ、社会のサポートの必要性を論じているが、終末期における医療について十分な話し合いがなされていないと、最期の段階で、本人の「家族等に迷惑をかけたくない」という意思が伝

ならず、病院に搬送され、本人の意思にかかわらず救急医療の対象となることが予測される。

3章で「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、ACPの認知度が低いことが推測された。4章では、3つの世論調査¹⁾より、国民が希望する終末期の迎え方を考察する。

1) 2018年世論調査(日本医療政策機構 2018年6月、インターネット調査、有効回収数1,000件)

終末期について6項目、質問をしている。この中で、2018年3月に厚生労働省が策定した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を知っていたものは10.8%であった。終末期について身近な人と具体的に話し合ったことがある人は全体の25.4%であり、50代以上のものは、31.5%、50代未満のものは17.9%であったが、話し合いたいと思っている人は全世代で50%を超えるが、70代以上になると79.4%の人が話し合いたいと思っていることが分かった。話し合いたい内容は、終末期のケア・治療方針の選択肢が58.8%と一番多く、次いで、望む場所で最期を迎えるために必要なこと49.1%、最期をむかえるにあたって利用できる社会保障制度38.3%となった。どのような人に相談したいかという質問では、治療やケアについての情報を教えてくれる人が57.2%と一番多く、制度について教えてくれる人52.3%、専門機関とつないでくれる人47.1%、住み慣れた環境で最期を迎えるためのサポートをしてくれる人41.4%、不安や悩みを聞いてくれる人38.5%と続いた。

2) 医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書(健康保険組合連合会 2017年6月実施、インターネット調査、回収数2,000人)

看取りなど終末期医療に関する意識を7項目、質問をしている。まず、家族や親族などを在宅で看取った経験のある人は19.4%であった。回答者

自身が痛みが伴い死期が迫っているケースを想定した場合、病気の治療を目的として、検査・手術・延命処置などを受けたいとしている人は全体の35.0%で、年齢が上がるにつれて減少傾向にあり、64歳以下で36.3%、65歳以上で30.4%であった。一方で、家族に痛みが伴い治る見込みがなく、死期が迫っているケースを想定した場合、病気の治療を目的として、検査・手術・延命処置などを受けてほしいとしている人は全体の10.4%であり、64歳以下で10.9%、65歳以上で8.7%であり、本人の場合より低くなった。また、家族に終末期医療を受けてほしい場所はホスピスなどの緩和ケア施設が30.4%と一番多く、自宅25.0%、わからない24.7%と続き、病院、介護施設は合わせて17.8%であった。

回答者の中で自身の終末期医療に対する希望に関する意思確認書などの作成をすでに行っているものは2%であるが、作成したいと思っているものは50.7%いることが分かった。

3) 第6回 日本の医療に関する意識調査(日本医師会総合政策研究機構、2017年4月実施、面接員による個別面接聴取法、回収数1,200人)

人生の最終段階の医療の意思表示・療養の場所について設問を設けている。人生の最終段階における治療に関する意思表示については、62.0%の人が今は考えていないが、必要になったら意思表示をしたいと答えている。すでに、考えて家族等に意向を示した人は、21.3%、意思表示をしておきたいが、どのように行えばいいのかわからないという人が15.0%であった。治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場については、「自宅で療養し、必要になれば医療機関に入院したい」と答えた人が32.8%と一番多く、次に、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア施設に入院したい」が24.8%、「最期まで自宅で療養したい」と答えた人は19.6%であった。

3つの調査から、終末期に意思表示をしている人は、日本医師会総合研究所（以降、日医総研）の調査では、21.3%、日本医療政策機構（以降 HGPI）の調査では、25.4%といずれも30%未満であり、今は考えていないが必要になれば意思表示を行いたいと思っている人は、日医総研の調査で62.0%、これから話し合いを考えている人がHGPIの調査では、全世代で50%を超え、70代以上では79.4%となった。このことから多くの国民は、終末期について話し合いをすることや意思表示を行いたいと考えていることが伺え、今後のサポートにおいてこの層にアプローチすることが必要であると考えられる。また、健康保険組合連合会（以降、健保連）の調査においては、回答者自身、痛みが伴い死期が迫っているケースを想定した場合、延命措置を希望するものは35%、日医総研の調査によると同じような状態で、病院を選択した人は32.8%であり、残りの人は、ホスピスなど緩和ケアを望む人や自宅で最期を迎えることを望む人またはわからない人であった。健保連では、家族に終末期医療を受けてほしい場所についても聞いているが、こちらについては病院や介護施設は全体の17.8%と本人の場合を下回る結果となり、いずれにせよ最期を病院で迎えることに対する肯定的意見は半数に満たないことが分かった。HGPIの調査では、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を知っていたものは10.8%であり、このガイドラインに関する理解を高める努力をすることで、ACPの概念の普及につながり、病院以外で最期を迎えることを望む人に対して、適切なサポートができ、望まない救急延命を防ぐことができると想定される。

しかし、ACPの認知度は厚生労働省の調査によると（図3-1）良く知っているのは一般国民3.3%であり、医師22.4%、看護師19.7%、介護職員7.6%と医療・介護専門職においても高いとは言えない。2018年3月4日に実施されたWeb調査「医療者が考えるACPについて」（m3.com）¹²においても、ACPを知っていて説明もできる者は開業医14.0%、勤務医17.2%であった。

5. 先進事例

アンケート調査によると医療提供者を含めて、ACPについての認知度が低いことが分かった。超高齢化社会の中で健康寿命の延伸により医療費の削減を図りながら、人生の最期における医療費の増加を防ぐためには、これまでの調査からACPの概念の普及と理解が不可欠と予想される。そこで、課題を明確にするために、終末期医療を行う、病院（急性期病院、療養型病院）、在宅医療を行うクリニックと地域包括ケアシステム下で在宅医療と病院をつなぐ役割が期待されているかかりつけ医機能を持つクリニックに区分し、それぞれの区分において人生の最期における医療の決定プロセスについて積極的に取り組んでいる先進事例の調査をインタビュー形式で行った。事例は、厚生労働省のホームページや自治体のホームページを参考に選んだ。今回は、救急医療における取組として松戸市立総合医療センターの救急救命、療養型の病院を中心とする在宅医療を行っている河北病院多摩事業部、在宅医療を主とする埼玉県明医研、地域のかかりつけ医としてオンライン診療を行っている東京都O内科診療所の4団体に対し、（1）終末期医療における取組（2）終末期医療での課題（3）地域包括ケアシステムにおける各団体の果たすべき役割の3点を中心にインタビュー調査を行った。

（1）東葛北部保健医療圏の救急医療について

松戸市立総合医療センターの救命救急センター長の村田希吉氏に話を伺った。東葛北部は、医師不足に加え、2025年にむけて、回復期の病床が3,000床不足、また、2040年に向けて松戸市は後期高齢者が増え続けることが予想されている。これに伴い2030年代前半には救急搬送件数がピークを迎えることも予想されており、この状況を乗り切るために地域全体での話し合いが必要だと考えている。

松戸市立総合医療センター救命救急センターは松戸市の地域包括ケアシステム下で、松戸市における人生の最終段階を考える取り組みである「ふくろうプロジェ

クト」にも関わっている。「ふくろうプロジェクト」は、2017年4月1日から始まった「松戸市の医療・介護の職能団体が取り組む共同事業」で、松戸市医師会、松戸市高齢者支援課をはじめとして多職種連携で行っている事業である。文部科学省科学研究事業（救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明（研究代表者：山岸 暁美：慶應義塾大学医学部））でもある。救命救急センターの医師は市民啓発活動として、ふくろうプロジェクトに積極的に参加している。

ふくろうプロジェクトの対象は、要介護者と特別養護老人ホームなど施設に入居している人であり、プロジェクトは、この人たちを対象として「ふくろうシート」と呼ばれる緊急時連絡シートの記入をケアマネジャーたちが中心になって行い、「もしものとき」が訪れた時、ご本人の希望通りに治療を行うことができる環境を整えていく計画である。松戸市では、この活動により望まない延命治療ゼロをめざしている。

ふくろうシートは「1. 身体状況（主治医意見書から）」「2. 家族状況」「3. 予想される緊急病態」「4. 予想病態への本人の意思や家族の希望」の4つのパートから構成されている。ふくろうシートには、主治医の意見書情報を記載する欄があり、本人の病気の状態や体の状況等の情報を主治医意見書から転記する。さらに、今までどういう治療をして、これからどういうことが起こり得るのかということをフリースペースに記載してもらい、家族の状況や緊急連絡先の情報を記載する。最後に、今後の治療や療養に係る本人の希望や家族の意向などを記入する。本人の希望に関しては、例えば、「自分の身に何か起きたときに病院にいきますか？その場合どこ病院ですか？それとも自宅で負担のない治療を受けながら過ごしますか？」などをチェックシートに書いてもらう。記載したふくろうシートは、本人に関わる医療・福祉従事者で共有することで、いざというときにスムーズかつ本人の意向に沿った緊急時の対応を可能にした。

ふくろうプロジェクトは要介護対象者と施設入居者を対象に、予測される緊急事態に遭遇した際にご本人

の意向に沿った医療を提供することを目標に始めた。対象者は要介護5,000人、施設入居者8,750人。ふくろうシートの記入を促しているのはケアマネジャーであるが、最初は、役割の理解をしてもらうことから始まり、説明し、理解してもらうまでには時間がかかった。プロジェクトの実施にあたっては、ふくろうプロジェクトの担当者によるケアマネジャーへの介入は年に数回に及び行われている。

ふくろうプロジェクトは要介護の高齢者が中心であるが、要介護を受けていない元気な高齢者や市民全体に活動を広げていく必要があると村田氏は考えており、現在は、地域での介護・在宅の会議の場に市立総合医療センターの救急科医師が自発的に参加している。意思表示書の重要性について実際に2018年5月に新聞掲載された男性の話为例に説明している。

松戸市はこれから劇的な3つの変化が起これと予想されている。(1)回復期、慢性期の病床が不足、(2)2040年に向けて後期高齢者の人口が増え続ける(3)2030年代前半に後期高齢者の救急搬送がピークを迎える。つまり、松戸市は回復期、慢性期の病床は不足するが、高齢者は増えて、後期高齢者の救急搬送が増加することが予想されている。超高齢社会の中、将来、この3つの課題に向けて救命救急センターの現場にいる医師が、在宅や介護という地域包括ケアの現場に積極的に参加していく必要を感じ、急性期や在宅など領域を超えた多職種連携を行い、協働することを提案している。松戸市の在宅や介護で活動する医師会の先生たち、クリニックの先生、ケアマネジャーなど多職種が集まる場で松戸市の医療提供体制について話し合いもしている。また、3次救急の立場として松戸市の現状と今後の課題の説明もしている。地域連携は重要だと思っている。

松戸市の高齢者の救急の問題は「意思表示」に加えて、高齢者の入浴中の事故がある。お風呂場での事故は、松戸市内では市民の入浴中の救急要請が徐々に増加してきており、2017年には250件を超えた。これを減らすために「お風呂場での急変を予防する」というプロジェクトを進めている。

まず、最初に病院の診療録を調べ、次にインターネットアンケートによる国内実態調査を実施した。現在、研究を始める準備をしている。診療録によると純粋なお風呂の事故は、5年で90例。生存例は21例、発見時に溺死しており、搬送時に心肺停止状態である人は69例あった。発生月はほとんどが冬期で、その中で、松戸市立総合センターの場合は運ばれてきた後で心筋梗塞や脳卒中が見つかった人は1例だけあり、ほとんどの人が何の病気もなくお風呂で事故が起きており、中には、発生後、最短15分で亡くなっている人もいた。この調査により、年齢が高いほど死亡例が多く見られ、ほとんどが65歳以上の高齢者であった。死亡例は顔が水没しており、搬送時にすでに心肺停止状態であることが多いということもわかった。更に、国内の高齢者1,000人を対象としたアンケートによると、配偶者と同居している人は、そうでない人と比べて、入浴中に体調変化を経験した人が少なかった。このような状況を踏まえ、救命救急の医師が注意すべき点を考えた。松戸市は21万世帯あり、そのうち65歳以上の親族のいる世帯は約8万世帯。これらハイリスク世帯に「お風呂が危ない」という介入をすればお風呂での事故が減っていくのではないかと考えており、地域包括支援センターでお風呂場での事故に関する啓発活動をしている。その他、松戸市の高齢者支援課が、設置する市内15カ所の高齢者いきいき安心センター（地域包括ケアセンター）の町会長や地域の名士が集まる会に、毎月顔を出して、お風呂場での危険例やその危険因子について啓蒙活動を行っている。このような会に集まる元気な高齢者は地域での見守り活動しており、一定の波及効果を見込んでいる。さらに、病院の経営企画課の職員は、市内各所の老人会に行き、市立病院の利用の仕方を説明している。この場においても救命救急センターの医師が参加して、意思表明の話やお風呂場の話をする機会を設けてもらっている。お風呂場での事故では「好きなお風呂場でびんぴんころり」と思われがちで、重大な問題であることを認識してもらうことが重要と考えている。

救命救急センターの医師が地域に出向くことで、病

院で本人が望まない蘇生や検査、治療を希望されるケースが減るのではないかと考えている。このためには日ごろから在宅の先生との意思疎通が必要になる。そのため地域での活動には積極的に参加し、地域の先生、ケアマネジャー、介護職員と風通しの良い関係づくりをしておくことが重要だと思っている。

ふくろうプロジェクトは2019年3月31日までのプロジェクトであり、終了後、研究成果は公表される予定になっている。村田氏が最後に述べているように、救命救急の在り方を考える機会を市民が持つことで、本人が望まない蘇生や救命治療が減少する可能性は考えられる。

(2) 東京都多摩市における医療・介護・福祉の地域ネットワーク地域包括ケアでの医療機関の役割

河北医療財団多摩事業部事業部長 明石のぞみ氏に話を伺った。社会医療法人「河北医療財団」多摩事業部は、東京都・多摩ニュータウンを中心に医療・介護・福祉のトータルケアを展開している。河北医療財団は東京都杉並区の河北総合病院を中心とする杉並エリアと東京都多摩市の天本病院を中心とする多摩エリアで医療・介護・福祉事業を展開している。多摩事業部では、病院、クリニック、介護老人保健施設、小規模多機能施設、グループホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等を運営し、多摩ニュータウンを中心に医療・介護・福祉の連携体制を構築している。「ご高齢の方が住み慣れた地域で安心して暮らせることを実現する」ための、多摩事業部の医療・介護・福祉の地域ネットワーク体制「あいセーフティネット」により24時間365日絶え間なく地域の方にサービスを提供し続けている。現在は、病院や診療所、介護保険施設など19の施設を運営している。多摩事業部は、開設当初から認知症も対象とした高齢者の地域でのケアを30数年前から構築してきた。認知症と暮らす方もそうでない方も対応できる体制作りに励んできた。地域の医師は、地域に愛着を持って働いており、若いころに非常勤として勤務してくれていた医師が他院の

管理職になっていることもあり、地域での医療者間の交流ができていてと感じている。

多摩事業部が運営する天本病院は、地域の中で高齢者を対象とした在宅療養支援病院として地域の診療所との連携もしており、地域包括ケア病床、回復期病棟、特殊疾患病棟を持っている。高次医療機関、ホスピス、療養病床、精神神経科病棟は、別の病院が担当し、各病院の役割が明確になっている。地区の病院事務長の連絡会も行っており、地域医療連携も ICT だけに頼らず長年やってきている。これは、地域内の医師の交流が上手くできており、常に顔が見える環境づくりが自然にできていることが大きいと考えられる。

多摩事業部は、市民公開講座も長年実施しており、「在宅医療」や「認知症」など、なかなか元気なうちはイメージできないことも取り扱っている。今後は、この医療・介護・福祉のネットワークを市民に十分周知することを課題としている。院内には多職種からなる「認知症初期集中支援チーム」が設置されており、認知症に関する取り組みにも力を入れている。スタッフが自主的に一地域住民として地域の人と共に歩むことを支えることもある。

多摩市の高齢化率は全国平均とほぼ同じであるが、今後他より早いスピードで高齢化が進展すると予測されている。人口は 1990 年をピークにほぼ横ばいの状況にあるが、65 歳以上の高齢者人口は増加している。平成 40 年には前期高齢者も減少するが、後期高齢者は、前期高齢者の倍以上になると予想されている。

多摩事業部は、この環境の中で認知症をはじめとした高齢者対策の市の委託事業も増えてきている。「多摩市中部地域包括支援センター」や「認知症初期集中支援チーム」もその一つである。多摩市中部地域包括支援センターは多摩事業部が運営しており「地域高齢者見守り相談窓口」を設置し、永山地区の地域活動拠点化に向けた取り組みを行っている。これは「永山モデル」といわれているが、ここでは専門職をはじめとする地域社会資源と連携し、医療介護の拠点の中核的機能を担い、認知症や介護予防・フレイル対策を計画

している。

多摩事業部は、介護保険のなかった 1980 年から『あいセーフティネット』を構築してきており、以来連携は、紙ベースでのつながりが中心であったが、ICT 化も始まった。多摩事業部の中心となる天本病院は回復期慢性期を担っており、急性期での治療が終わり、リハビリが必要な状態で入院されていることが多く、併設のあい介護老人保健施設（老健）とともに在宅医療に移行する準備をして居宅に戻っていく。多摩事業部には在宅医療部があり、多職種によるスタッフが、退院支援から在隊医療までを行っており、患者が自宅にもどってから必要となる通所リハビリ・通所介護の施設もある。

多摩事業部には天本病院のほか老健、小規模多機能施設やグループホームでも終末期対応をおこなっている。在宅医療だけでなく、多くの選択肢の中から、患者の意思を尊重できる環境を作っている。終末期の対応は患者本人や家族の意向を踏まえた治療やケアの選択肢を伝えている。これは、良好な患者・医療従事者関係があるからだと分析している。多摩事業部では、終末期の看取りについては、医療以外の老健や小規模多機能施設などでも行っている。近年は、病院より、在宅医療部での看取りが多くなってきた。病院での治療は終わったが、家では治療の継続が困難な場合には老健などの施設を案内することもある。「残された時間を老健などで、本を読んだり歌を歌ったり穏やかに過ごしていただき、最後まで、楽しみながら生活することができます。医療従事者が近くにいるから安心して暮らすことができるといわれることもあります。私たちの治療やケアにご家族も納得されるケースが多いように思います。」と明石氏は語った。

今後は、『あいセーフティネット』の活動を広く地域に広め、フレイル対策から人生の最終段階にいたるまで、多摩ニュータウンでは満足して暮らせるような活動を続けていくため、終末期における意思決定支援を課題としている。特に患者の親戚一同の意見に沿うのは難しいと感じている。

(3) 医療法人明医研が地域で実践する在宅医療について

医療法人明医研は、1995年に埼玉県さいたま市にハーモニークリニックを開院し、地域のニーズに合わせた在宅医療を展開している。中根氏は開業前に浦和市立病院で内科医として勤務していた。1992年に地域の開放病床としての役割を持つ地域医療支援病棟「さくらそう病棟」を開設し、管理医師を務めた。この時の経験から地域には、「さくら病棟」の支援機能を最大限に活用し、患者が安心して退院後も治療が継続できる場が必要だと感じ、「24時間対応の訪問看護ステーション」を併設したハーモニークリニックを1995年に開設した。当時、浦和市立病院では、積極的に地域の患者の受け入れをしたが、退院後の地域の開業医にはもっと協力してほしいと思っていた。さくらそう病棟を立ち上げる際には、日本で先駆的に開放病床を行っていた地域にも視察にいったが、利用者がほとんどない地域医療支援病棟を持つ病院もあり、そういうところは、この病棟を普通の空病床と同じように扱っているという事実を知った。調査の結果、病院を退院しても受け入れられる環境が地域の診療所にはないという現状があることが分かった。この時の経験から地域連携への5つのキーワードである(1) 筋の通った根拠があり、(2) 無理なく継続され、(3) 未来につながる価値があり、(4) 参加者に利点が明解で、(5) 社会に需要される経済性を認識した。さくらそう病棟は「退院後の継続医療の基点とする機能」としてスタートさせた。これは、「地域の特性に合わせた魅力ある、長続きする効率的な地域連携」のために病院でできることとやり遂げたいことを考えたからだ。地域の診療所が頼りにし、「いざというときの入院先」であり、「退院後のフォローも円滑」にすることを考えて開設した。さくらそう病棟設置にあたっては、まず、病院の中に医師会から派遣された職員で構成された連携室を置き、連携医療に登録した地元の医師会員であるかかりつけ医が院外主治医として共同診療にあたった。入院中の診療責任は院内主治医であり、院外主治医は補佐的に診療に関わり、退院後の継続医療に

かかわってもらえるような柔軟な仕組み作りをした。さらに、開放病床を効率よく充足するために、院内から院外への継続医療につなげる出口機能を持たせた。さくらそう病棟の稼働後、出口となる地域の開業医の重要性を改めて感じ、自身のクリニックを開業した。現代医療は、専門領域が細分化し、領域間の横のつながりが希薄になってきている。このような医学の進歩の中で総合的な医療を受けることができない患者が増えてきている。このジレンマを解消するために中根氏が経営する診療所では、専門医に、総合的な健康管理ができる知識を備え、総合外来と在宅医療の両方を診てもらってチーム診療を行っている。このような専門医療の隙間を埋める役割は、かかりつけ医が果たすべき役割だと考えている。

明医研の2つの診療所は、外来と訪問診療を行っている。真の総合診療は、1人の医師だけでは行えず、在宅医療は、地域のケアマネジャー、訪問看護師、訪問薬剤師等の多職種連携で支えている。力を合わせて地域の人々の健康を守り、苦悩を和らげることに努め、人々の心ゆく日々を支えて、現在と未来の世代に貢献していくため医療・介護連携は重要だと考えている。そのために、明医研の医師・看護師・ケアマネジャーを講師として定期的に「学びのセミナー」を開催し、地域の医療介護関係者との交流を行っており、この活動は、さいたま市緑区が進めている地域包括ケアの推進のサポートをしている。在宅医療は、地域医療の中で「病院で対応しきれない医療」を受け持つ役割があり、2つの領域がある。1つは「社会的要請に応じるための在宅医療」であり、高齢化が進む中で入院しても治療しきれない、生活支援や終末期の対応をすることであり、もう一方は「医療の急速な進歩に伴う在宅医療のニーズ」に応えること。高度医療を受けた患者は、その後の継続医療を自宅で受ける必要がでてくる。この治りきらない病態の管理をする必要があり、在宅にも高度な内容の対応が求められることもある。この要因として、治療技術の進歩により、治せなかった病気が治せるようになってきたことがある。

明医研では、終末期において、全てを自然に任せる

のではなく、医療を頼り、効果を期待できる処置を必要とする人には、相当の選択肢を用意している。終末期に関わる判断、例えば、苦痛を伴う終末期なのかどうかを判断するのは医療上の責任者である医師の仕事であり、医師でない人が判断すべきではないと考えている。高齢者の医療は年齢だけではなく、本人の意思と医師による病状の変化の判断が必要だと考えている¹³。

(4) オンライン診療（東京都O内科診療所）

2018年度の診療報酬改定でオンライン診療料などが新設され、オンライン診療の地域での運用が注目を集めている。厚生労働省は、オンライン診療を遠隔医療のうち、医師－患者間において、情報通信機器を通して患者の診察をリアルタイムに行う行為としており、2018年3月にオンライン診療の提供に関するガイドラインを定めた。東京都江東区に立地するO内科診療所では、今回の改定前の2017年7月より運用を開始しており、オンライン診療の導入による医療の変化を中心に伺った。

O内科診療所は、1967年に開業し、地域の「かかりつけ医」として地元密着の診療所であり、内科中心の診療を行っているが、在宅診療も行っている。地域柄、長年住み続けている方も多く、特に高齢者の方の通院が大変だという声にこたえ、患者の利便性を図り、診療の質を担保するために2017年7月にオンライン診療を導入した。オンライン診療にあたってはいくつかの要件がある。初診から6カ月以上経過しているなどの診療要件を満たし、かつ、医師が、必要と判断した場合に導入している。現在は5人の患者に対して行っている。2018年にオンライン診療料などが新設されたが、まだ一般的には診療概念が浸透しておらず、患者からの要望はなく、医師サイドから提案している。現在は、生活習慣病の患者が中心。通院とオンライン診療を併用しているケースもある。

診療時間は15分に設定しており、O内科診療所の場合、通常の診療は、5分から10分が診療時間の平均だが、それよりも長く、また、オンライン診療は、

ロビー待ちの人目を気にすることもなく、普段質問できないことや病気とは一見関係がないような問題でも医師に話すことができると喜んでいる患者もいる。高齢者世代は対面の方が好きな方も多いと思っていたが、オンライン診療利用者は「先生とゆっくり話ができるのがいいし、通院の負担がなくて楽」と言われる。現在、デバイスは、スマホやタブレットを使っているが、システムをインストールしてしまえば電話をかけるのと同じくらい簡単に使うことができる。

オンライン診療を行っている生活習慣病の患者は日々、バイタルログ（体重、血圧、脈拍など）を患者自身が入力する。これが楽しいと言ってくれる患者もいるという。毎日の入力により患者の変化もわかり、通院時のバイタルチェック後の診療と変わらないアドバイスをすることが可能である。生活習慣病など慢性疾患の患者の治療の継続は大きな課題であり、このように楽しみながら治療をすることで、治療の離脱を防ぐことができるのは魅力だと考えている。

O内科診療所では、在宅診療も行っている。オンライン診療には対面とは違った価値があり、併用することで治療効果を上げることができると分かった¹⁴。O医師は、在宅に移行する前にオンライン診療を試してみてもいいのではと考えている。オンライン診療は診療所での診療と在宅の間や在宅医療をすでに始めている人が導入することで治療の効果を上げることができると考えている。O医師は、画像と音声で緊急性もある程度はわかるという。オンライン診療は、患者側にとっては、治療のみならず、医療費の上でも、メリットがあり、私たち医師の疲弊も解消できるツールになりえるのではないかと考えている。

6. まとめ

超高齢社会の対策として、健康寿命の延伸を検討している自治体は多いが、終末期の意思決定にかかる市民教育を行っている地域は少なかった。近年、ACPをはじめとして終末期について議論されるケースも見られるようになった。国際医療福祉大学大学院東京赤

坂キャンパス公開講座 2018 年後期では、「2025 年の
老い方、死に方を考える」という講座が設置されてい
る。この講座は「団塊世代らしい老い方」、「これから
適切な新しい死の在り方」を論じると書かれている。
しかし、義務教育のカリキュラムでは死に関する話題
はほとんど触れられない。今回インタビューを行った
病院の中には、健康寿命の延伸を考えるだけでは、危
険を感じ、終末期に向けての取り組みを始めている団
体もあった。現状は、組織の自助努力であり、ボラン
ティアに近い形で行っているところもあった。

一方で、ACP をはじめとする終末期に関する国の
ガイドラインを知る国民は極めて少ないが、意識して
いる人は多いことが3 団体による世論調査から分かつ
た。現状は、死に近づく高齢になるほどその割合は増
え、「終末期」を考える環境が十分でないことが伺えた。
つまり、終末期に関する教育を十分に行えば、終末期
に関する本人の意思決定ができるのではないかという
ことが予想された。この教育は経済状況を全面に出す
ようなものであってはならないと、今回、インタビュー
を行った明医研の中根氏は著書に書いている。このよ
うに今回の調査を行った病院や診療所では、患者の意
思を尊重しており、教育の機会を持つことの重要性を
理解し実践していた。さらに、終末期の治療の選択肢
を与えるのは医師であるべきだとする団体もあった。
これは、家族が勝手に助からないと判断し、治療を打
ち切ることがないようにすべきであるとのことで、こ
のことから、かかりつけ医をもつ重要性も示唆され
た。

また、遠くの親戚が患者の終末期医療において、本
人が望まないであろう選択をする問題を指摘する声も
あった。一時的な心停止状態の高齢者を誰かが発見して
救急車を呼べば、そこで、突然死の可能性はなくなる。
救命されれば福祉や介護の負担も増える。突然死
をおこさないように体をできる限り健康な状態に保
ち、自然に心臓が止まった場合（老衰）は、その数カ
月前からかかりつけ医と相談して最後の在り方を考え
ていく必要がある。そのためには尊厳死を含めた医療

制度の教育が必要であると考えられる。現在の日本の
法律では、安楽死は認められていない。尊厳死に関し
てはリヴィングウィルを残した場合可能になるケース
もある。また、尊厳死については日本医師会、日本学
術協議会に容認されており 2005 年からは国会議員に
よる『尊厳死法制化を考える議員連盟』も発足してい
るが、その認知度を調査した研究の存在は確認できな
かった。諸外国の例を見るとオランダは、安楽死を合
法化しており¹⁵、安楽死を「患者の要求に応じて医師
が患者の命を終わらせること」と定義している。その
目的は重症患者を耐え難い苦しみから救うことであ
る。医療技術の進歩により延命治療も進化してきてい
るが、患者にとって最善の選択であるのかは十分な議
論が必要だと考えているとロッテルダム・エラスム
ス・メディカルセンター教授であるイネズ・デ・ボア
フォー氏は語っている。オランダでは、安楽死をさせ
た後、医師は地域の委員会に報告を行う義務がある。
この委員会は国内に5 つ存在し、委員はマルチステ
ークホルダーによる構成となっている。安楽死の判定基
準については、委員会の裁量による。2015 年に6,091
件の安楽死が行われたが、中には違法とみなされたも
のが10 件あった。これらは、検察官による検証がな
されたが、医師の起訴は殆ど行われていないし、逮捕
された例はない。オランダは民間会社による運用を中
心とした国民皆保険制度を達成している。この制度に
加えて、プライマリ・ケア医が充実しており、国民の
診療へのアクセスが整理されている。安楽死は、この
良い保険医療制度の基盤があるからこそ成り立つもの
であると考えられる。課題は、安楽死の実施は、医師の判
断により行われるため負担を感じている医師が多いこ
とである。近年、末期がんの認知症患者など、個人の
意思を伝えることができない複雑なケースもあり、医
師は、終末期の治療に入った患者に安楽死も選択肢と
した方針を説明し、患者の意向を確認する。終末期の
診療所はこの論点を踏まえて安楽死を患者とともに話
し合い、治療の経過を観察して医師が安楽死の実行に
至る。オランダの国土は九州と同程度の面積で人口は
約1,700 万人と少ない。また、プライマリ・ケア医制

度により、医師と患者の信頼関係も良好である。オランダは倫理的にも寛容であり、価値観の多様性を受け入れ、個々人の思想・表現の自由を重んじる傾向にある。このような成熟した市民社会の存在が、安楽死を合法化できた最大の要因であると指摘している。

今回調査を行った4団体においては、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにあるように、終末期医療における意思決定は、本人の意思が尊重されるべきだと考えていたが、現状は、患者の終末期に関する理解が進んでいないことを課題として挙げ、それぞれの現場で意思決定支援を独自に行っていた。「急性期病院（救急医療対応）」である松戸市立総合医療センター救命救急センターでは、ふくろうプロジェクトへの参加と「お風呂場での急変を予防する」プロジェクトの一環で、市民に対して教育活動を展開していた。また、「療養型病院」を運営する河北医療財団多摩事業部の天本病院では、「終末期医療だけでなく、健康な時から高齢者と関わり、患者となったときの選択がイメージできるように「あいセーフティネット」の存在を認知してもらうための活動を地域において行っていた。在宅診療を行う医療法人明医研では、終末期の意思決定に限定した活動は特に行っていないが、定期的に市民に対し「学びのセミナー」を開催し、地域の医療介護関係者との交流を行っており、終末期医療に限らず、地域で医療における問題が生じたときに頼りにしてもらえるクリニックであり続けたいと地域内での連携を重視している。地元のかかりつけ医であるO内科診療所は、通院を中心とするクリニックではあるが、在宅医療も行っており、オンライン診療導入もしている。オンライン診療を行うことによって、患者とのつながりを密にすることができ、かかりつけ医の機能強化ができていと語っていた。このような密な関係作りがかかりつけ医と患者間でできていれば、日常の診療の段階から生活を含めた人生の最期の在り方についても話すこともできる。通院型の診療所は終末期医療の意思決定に関しては、直接的には関与をしない場合が多いと想定されるが、紹介先の医療機関において、有効な役割を果た

すことができると考えられる。今回の調査から、医療機関においては、診療所を除き、医療者と患者およびその家族や住民との関係強化による終末期医療の意思決定支援を行っていた。中でも、松戸市立総合医療センターではこれらの活動の目的を望まない蘇生や救命治療を減少させるためとしており、地域における救急機関において、望まない蘇生や救命活動に人材資源が投入されることにより、人材不足や、救命救急の現場の崩壊が、地域の医療崩壊を引き起こすのではないかと懸念されていた。このように医療者側が考える終末期医療の課題は、筆者が考えていた経済的課題とは離れているものの、結果、医療提供者による患者教育は、医療費の抑制において機能していると考えられる。つまり、ACPの重要性を含めて、患者の意思決定支援を人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿って行うことにより、患者は終末期医療における選択を自らの意思で行い、望まない医療を減少させることができ、結果、医療費の削減をすることができ、持続可能な社会保障制度を構築できる可能性が本研究において示唆された。今回の調査は医療機関のそれぞれの属性において、筆者が行った予備調査において東京近郊で特徴的な活動を行っている団体であり、この活動が現時点においてどの程度行われているのかは、明らかにされていない。また、4つの病院属性により、患者、住民へのアプローチが異なったことは、他団体でも同じであるかを確認していきたい。

また、O内科診療所のケースから、「かかりつけ医」と患者との関係強化は重要であり、日本においては、まずは、健康な時から、日本の医療における経済状態を知り、医療における保険制度の仕組みを理解し、最後に自分の取る行動を「かかりつけ医」に相談し、ACPを在宅医療や病院における医療に移行する前に家族あるいは周りの関係者と考えることが重要だと考える。そのためには、各地域において、健康な時からの医療者との接点をつくり、医療制度を学びながら「気軽に相談」をできるつながりを持つことが重要である。

注と参考文献

- 1 東京都ホームページ <http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2017/11/02/05.html>
(2018年8月3日筆者確認)
- 2 東京新聞(東京Web) 2018年1月4日記事(2018年8月3日筆者確認)
<http://www.tokyo-np.co.jp/article/kanagawa/list/201801/CK2018010402000109.html>
- 3 SWC 健幸ポイントコンソーシアム報告書(2017年3月)「スポーツによる地域活性化推進事業報告書」
http://www.city.urayasu.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/018/838/houkokusyo.pdf
- 4 千葉県ホームページ 健康・医療 Q&A <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/faq/290.html> (2018年8月3日筆者確認)
- 5 日本心不全学会 2016年10月発表「高齢心不全患者に対する終末期医療の指針」
- 6 JAGES ホームページ https://www.jages.net/about_jages/
- 7 ベネッセスタイルケア 心臓病を死亡率も要介護になるリスクも高いとしている。
<https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/disease/heart/>
- 8 ※人工知能技術戦略会議
人工知能技術戦略会議は、AIの研究開発・イノベーション政策の司令塔となる会議であり、2016年4月12日に実施された「第5回未来投資に向けた官民対話」において安倍総理がAIの研究開発目標として産業化のロードマップを2016年度中に策定するが表明され、それを受けて発足したものである。(AI白書2017、2017年7月20日初版発行、独立行政法人情報処理推進機構 AI白書編集委員会編)
- 9 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(2018年8月2日筆者確認)
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf> (厚生労働省ホームページより)
- 10 岩手県立大学看護学部紀要「高齢者の希望する終末期の迎え方」77-82, 2004-03-01 木内千晶、吉田千鶴子
- 11 2018年世論調査(日本医療政策機構 2018年6月実施)、医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書(健康保険組合連合会 2017年6月実施)、第6回 日本の医療に関する意識調査の3つの調査について分析を行った。
- 12 エムスリー株式会社が会員向けに医療情報を発信するWebサイト
<https://www.m3.com/> (2018年8月2日筆者確認)
- 13 次代を担う医療者のための地域医療実践読本(中根晴幸 2016年12月 幻冬舎発行)
- 14 米国内科学会の日本支部年次総会2018でオンライン診療について発表。「筋緊張性ジストロフィーを持つ2型糖尿病患者の患者の症例」(小野内科診療所 小野卓哉)
- 15 日本医療政策機構(HGPI)ーオランダ大使館 共催 日蘭専門家会合「テクノロジーと高齢化時代における医療倫理」開催報告より(2017年4月25日実施 報告書は筆者作成)
<https://hgpi.org/lecture/667.html> (2018年8月3日筆者確認)